

ANALISIS EFISIENSI BELANJA DAERAH URUSAN KESEHATAN DENGAN METODE *DATA ENVELOPMENT ANALYSIS* (DEA): STUDI PADA PEMERINTAH KABUPATEN/KOTA DI PROVINSI BANTEN

Putri Yanti ^a, Nur Aisyah Kustiani ^b

^a Badan Pengawas Keuangan dan Pembangunan, E-mail: yanti@gmail.com

^b Pusdiklat KNPk, E-mail: kustiani1975@stan.ac.id

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk mengukur efisiensi belanja pemerintah daerah di bidang kesehatan menggunakan *Data Envelopment Analysis* (DEA). Metode DEA dapat mengukur efisiensi dari entitas pemerintah dengan menggunakan multi-input dan multi-output. Hal ini sesuai dengan karakter pemerintah yang memiliki tugas untuk menyediakan berbagai pelayanan publik untuk memecahkan masalah kompleks di masyarakat. Ukuran efisiensi yang dihasilkan oleh DEA adalah ukuran relatif, dibandingkan dengan Unit Keputusan Ekonomi (UKE) yang memiliki efisiensi tertinggi di antara UKE lainnya dalam sampel, sehingga hasilnya akan berbeda jika sampel berubah. Oleh karena itu, dalam pemilihan UKE harus didasarkan pada karakteristik yang sama. Hasil DEA dapat digunakan untuk mengidentifikasi input atau output mana yang harus ditingkatkan jika UKE perlu meningkatkan efisiensi. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa Tangerang dan Cilegon memiliki efisiensi tertinggi dan kabupaten Tangerang harus meningkatkan jumlah output antara dan output akhir untuk meningkatkan efisiensi belanja kesehatan. Metode DEA dapat digunakan oleh pemerintah untuk menciptakan iklim anggaran yang efisien dalam bidang pelayanan pemerintah.

Kata kunci: *Data Envelopment Analysis*, Unit Keputusan Ekonomi, efisiensi pemerintah, anggaran pemerintah.

ABSTRACT

This study aims to measure the efficiency of local government spending of health affairs using Data Envelopment Analysis (DEA). DEA method can measure the efficiency of a government entity by using multi-input and multi-output. This is consistent with the character of the government that has the task of providing a wide range of public services to solve complex problems in the society. The efficiency measure generated by the DEA is relative measure, comparing with benchmarks decision making unit (DMU) that have the highest efficiency among the other DMUs in the sample, so the results would be different if the sample is changed. Therefore, in the election of DMU should be based on some similar characteristics. DEA results can be used to identify which input or output must be increased if a DMU needs to increase its efficiency. The results from this study indicate that Tangerang and Cilegon has the highest efficiency and Tangerang district (kabupaten Tangerang) should increase the number of intermediate output and its end output to improve the efficiency of health spending. The DEA method can be used by the government to create a climate of efficient budgets in a field of government service

Keywords: *Data Envelopment Analysis, Decision Making Unit, government efficiency, government budget*

1. LATAR BELAKANG

Kebijakan pemerintah terkait dengan penerapan otonomi daerah di Indonesia telah memasuki tahun ke-empat belas setelah kebijakan tersebut dimulai secara efektif pada

tanggal 1 Januari 2001. Penerapan otonomi daerah merupakan perwujudan dari desentralisasi, yaitu penyerahan Urusan Pemerintahan oleh Pemerintah Pusat kepada daerah otonom berdasarkan asas otonomi, seperti yang

dijabarkan lebih lanjut dalam Undang-Undang No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah, yang menggantikan Undang-Undang No. 32 Tahun 2004.

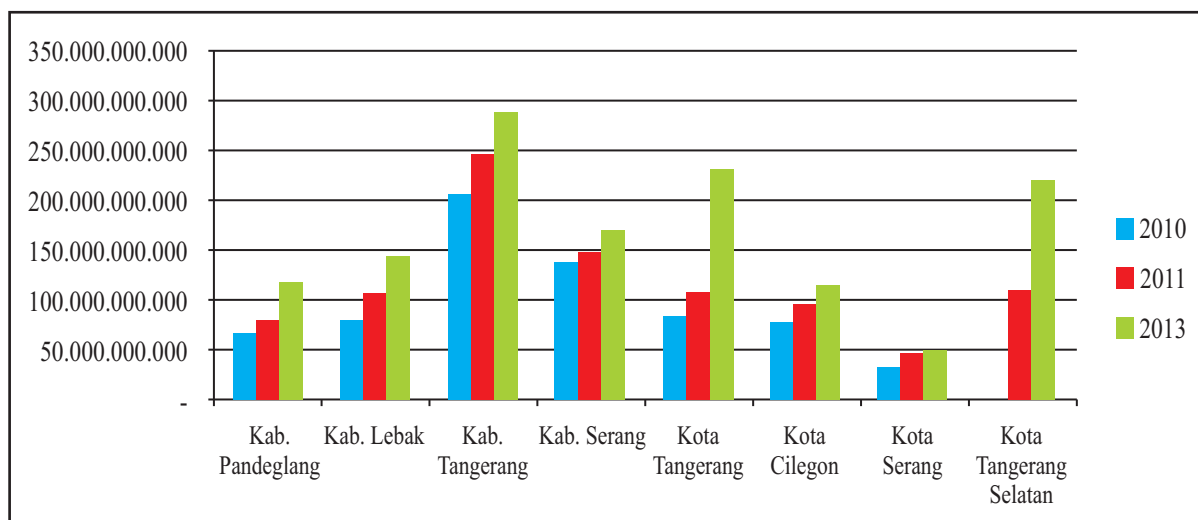
Penerapan otonomi daerah telah memberikan keleluasaan bagi pemerintah daerah dalam membangun daerahnya masing-masing sesuai dengan prioritas kebutuhan dan sumber daya yang dimiliki. Dengan penerapan otonomi daerah, pemerintah daerah diarahkan untuk mempercepat terwujudnya kesejahteraan masyarakat melalui peningkatan, pelayanan, pemberdayaan, dan peran serta masyarakat, serta peningkatan daya saing daerah dengan memperhatikan prinsip demokrasi, pemerataan, keadilan, keistimewaan dan kekhususan suatu daerah dalam sistem Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Salah satu belanja urusan pemerintah daerah yang penting dalam rangka pelaksanaan otonomi tersebut adalah belanja urusan kesehatan. Sadar akan begitu pentingnya urusan kesehatan,

pemerintah mengatur lebih lanjut pengalokasian belanja daerah urusan kesehatan dalam Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang mengamanatkan alokasi anggaran kesehatan pemerintah daerah provinsi, kota dan kabupaten minimal sebesar sepuluh persen (10%) dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD), di luar gaji pegawai.

Provinsi Banten termasuk ke dalam salah satu provinsi dengan persentase alokasi belanja daerah urusan kesehatan di bawah sepuluh persen (10%). Walaupun demikian, Provinsi Banten mengalami peningkatan alokasi belanja daerah urusan kesehatan sepanjang tahun 2010 sampai dengan 2012. Peningkatan belanja daerah tersebut sejatinya diiringi dengan adanya peningkatan derajat kesehatan masyarakat setempat. Derajat kesehatan tersebut diwakili indikator-indikator yang umum disepakati, yaitu Angka Harapan Hidup (AHH), Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI).

Gambar 2. Belanja Urusan Kesehatan Kabupaten/Kota Propinsi Banten



Tabel 1. AHH, AKB, dan AKI Tahun 2010-2012 Provinsi Banten

Indikator	2010	2011	2012
AHH	64,90	65,05	65,23
AKB	8,24	9,53	5,77
AKI	104,86	81,83	359,08

Sumber: BPS, Banten dalam Angka, Profil Kesehatan

Berdasarkan tabel 1, secara umum derajat kesehatan masyarakat Provinsi Banten masih membutuhkan perhatian. AHH memang menunjukkan peningkatan selama tahun 2010-2012, yaitu dari 64,90 ke 65,23. Namun, peningkatan tersebut relatif masih rendah dibandingkan dengan peningkatan belanja daerah urusan kesehatan. Sementara itu, AKB dan AKI memiliki nilai yang tidak konsisten meningkat selama tahun 2010-2012. Kedua indikator tersebut memiliki karakteristik negatif, yaitu semakin rendah nilainya menunjukkan derajat kesehatan masyarakat yang semakin membaik. Apabila dilihat dari tabel di atas, AKB mengalami pertumbuhan negatif pada tahun 2011, yaitu sebesar 1,29 dari tahun sebelumnya dan mengalami pertumbuhan positif sebesar 3,76 pada tahun 2012. Sedangkan AKI mengalami pertumbuhan positif pada tahun 2011, yaitu sebesar 23,03 dan pertumbuhan negatif yang cukup besar pada tahun 2012, yaitu dari 81,83 menjadi 359,08. Dengan melihat kondisi seperti yang telah diuraikan di atas, derajat kesehatan masyarakat Provinsi Banten dapat dikatakan belum begitu baik dan belum sebanding dengan kenaikan belanja daerah urusan kesehatan. Kondisi tersebut juga mengindikasikan belanja daerah urusan kesehatan di Provinsi Banten belum efisien.

2. RUANG LINGKUP

Penelitian ini dilakukan dengan pembatasan lingkup sebagai berikut:

- a. Penelitian ini menganalisis tingkat efisiensi teknis biaya dan efisiensi teknis sistem belanja daerah urusan kesehatan pada pemerintah daerah kabupaten/kota di Provinsi Banten tahun 2010-2012.
- b. Penelitian ini menggunakan metode *Data Envelopment Analysis* (DEA), yaitu dengan membandingkan antara *input*, *intermediate output* dan *outcome* yang relevan. *Input* akan diwakili dengan belanja daerah urusan kesehatan per kapita, *intermediate output* akan diwakili rasio dokter per 100.000 penduduk dan rasio tempat tidur di rumah sakit per 100.000 penduduk, sementara *outcome* akan diwakili dengan Angka Harapan Hidup (AHH), Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu

(AKI).

- c. Data yang diperlukan, yaitu data sekunder berupa laporan realisasi belanja daerah tahun 2010-2012, data derajat kesehatan masyarakat Provinsi Banten dan data terkait lainnya.

3. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas, maka permasalahan penelitian yang dirumuskan pada penelitian ini adalah:

1. Bagaimana tingkat efisiensi relatif belanja daerah urusan kesehatan pada pemerintah daerah kabupaten/kota di Provinsi Banten tahun 2010-2012?
2. Variabel apa saja yang berkontribusi terhadap efisiensi belanja kesehatan kabupaten/kota propinsi Banten.

4. LANDASAN TEORI

4.1. Efisiensi belanja pemerintah

Efisiensi dapat diartikan sebagai perbandingan antara output yang dihasilkan dengan input yang digunakan. Suatu kegiatan dapat dikatakan telah dilaksanakan secara efisien apabila hasil yang diinginkan dapat dicapai dengan pengorbanan yang seminimal mungkin. Hal ini sejalan dengan pernyataan Mardiasmo (2009) mengenai efisiensi, yaitu pencapaian output yang maksimum dengan input tertentu atau penggunaan input yang terendah untuk mencapai output tertentu. Jadi, semakin besar output yang dihasilkan melebihi inputnya, maka semakin tinggi pula tingkat efisiensinya.

4.2. Pengukuran Kinerja dan Efisiensi Sektor Publik

Pengukuran kinerja diperlukan dalam menilai capaian yang telah dihasilkan oleh suatu entitas dalam melaksanakan tugas dan fungsinya. Dalam pengukuran kinerja pemerintah, dikenal istilah *value for money* atau yang lebih dikenal dengan ekonomis, efektif dan efisien. Pelaksanaan *value for money* menuntut pemerintah untuk tetap mempertimbangkan variabel *input*, *output* dan *outcome* secara bersama-sama dalam mengukur capaian kinerjanya. Pengukuran kinerja dengan menggunakan *value for money*, membagi efisiensi menjadi dua, yaitu efisiensi alokasi dan efisiensi teknis. Efisiensi alokasi terkait dengan

kemampuan dalam mendayagunakan sumber daya input pada tingkat kapasitas optimal, sedangkan efisiensi teknis terkait dengan kemampuan dalam mendayagunakan sumber daya input pada tingkat output tertentu.

Mardiasmo (2002) menyatakan bahwa pengukuran kinerja sektor publik dilakukan untuk memenuhi tiga tujuan. Pertama, pengukuran kinerja sektor publik untuk membantu memperbaiki kinerja pemerintah. Ukuran kinerja dimaksudkan untuk dapat membantu pemerintah berfokus pada tujuan dan sasaran-sasaran program unit kerja. Hal ini pada akhirnya akan meningkatkan efisiensi dan efektivitas organisasi sektor publik. Kedua, ukuran kinerja sektor publik digunakan untuk mewujudkan pertanggungjawaban publik dan memperbaiki komunikasi kelembagaan. Dan ketiga, ukuran kinerja sektor publik dimaksudkan untuk mewujudkan pertanggungjawaban publik dan memperbaiki komunikasi pelanggan.

Terdapat beberapa metode untuk melakukan pengukuran efisiensi yang secara garis besar dikelompokkan menjadi pendekatan parametric dan nonparametric. Pendekatan parametric merupakan pendekatan yang mengikutsertakan beberapa asumsi teoritis dalam melakukan pengukuran efisiensi relative dan mengasumsikan ada hubungan fungsional antara input dan output, walaupun dalam kenyataannya tidak ada fungsi yang pasti. The Stochastic Frontier Approach (SFA), The Thick Frontier Approach (TFA) dan Distribution Free Approach (DFA) merupakan bagian dari metode parametric.

Data Envelopment Analysis (DEA) merupakan metode nonparametric yang dikenalkan oleh Charnes, Cooper dan Rhodes pada tahun 1978-1979. Metode ini menggunakan metode linier programming yang merupakan teknik matematika yang digunakan dalam merencanakan dan membuat keputusan dalam mengalokasikan sumber daya terbatas untuk mencapai tujuan. Dalam DEA unit kegiatan ekonomi (UKE) diukur efisiensi relatifnya dengan menggunakan banyak input dan banyak output. Apabila penggabungan input dan output tidak dapat dilakukan maka efisiensi relative UKE akan diukur dengan membandingkan UKE yang satu dengan UKE yang lain dalam sekelompok UKE. DEA akan menggunakan UKE dengan efisiensi terbaik menjadi

benchmark untuk menilai efisiensi dalam kelompok UKE tersebut.

Efisiensi relative UKE merupakan rasio dari total output tertimbang dibagi total input tertimbangnya (total weighted output/total weighted input). Inti dari DEA adalah menentukan bobot untuk setiap input dan output UKE yang bersifat tidak bernilai negative dan bersifat universal. Artinya, setiap UKE sdalam sampel harus dapat menggunakan bobot yang sama untuk mengevaluasi rasionya (total weighted output/total weighted input ≤ 1).

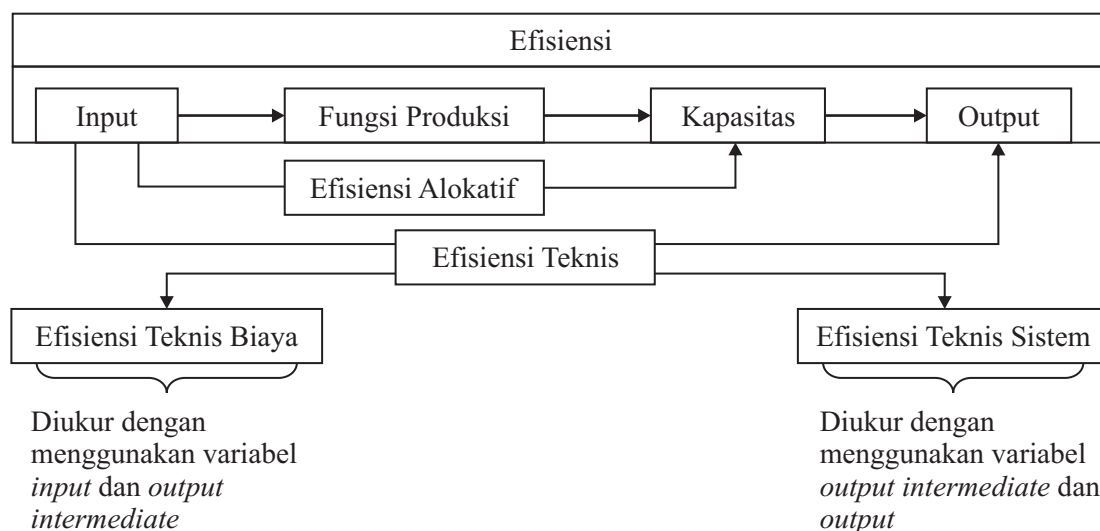
Metode DEAA memiliki kelebihan sebagai berikut: (Rusyadiana, 2013)

1. Mampu melakukan pengukuran dengan banyak input dan output
2. Tidak membutuhkan asumsi hubungan fungsional antara variable input dan output
3. UKE dalam DEA akan dibandingkan secara langsung dengan UKE lain yang sejenis
4. Hasil pengukurannya dapat membentuk garis frontier fungsi efisiensi terbaik dari input dan output tiap sampel
5. Input dan output yang digunakan dalam DEA dapat memiliki satuan pengukuran yang berbeda.

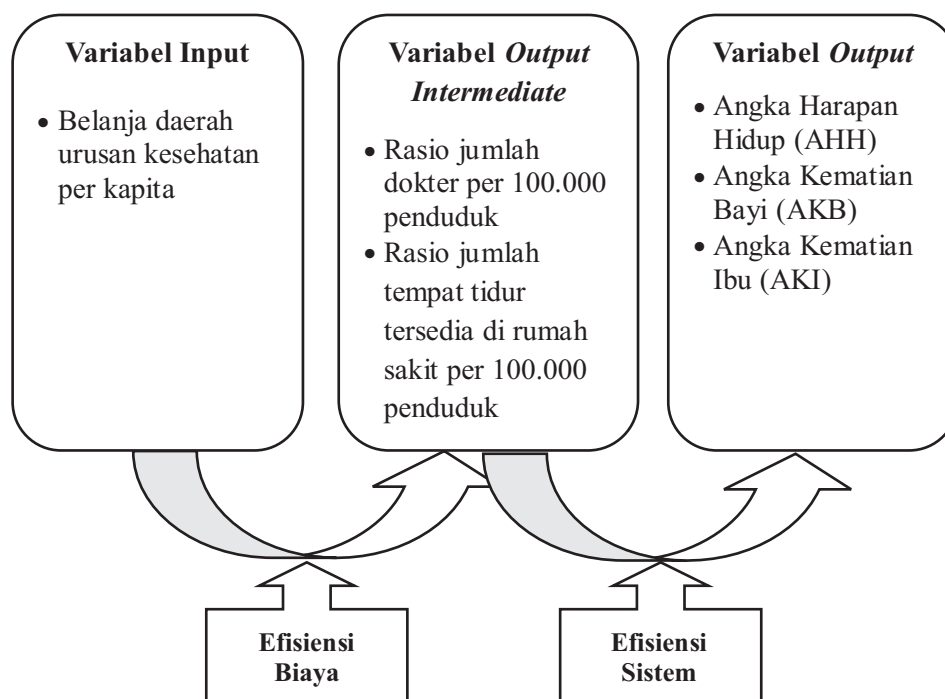
Dalam DEA terdapat dua model dasar yang dapat digunakan yaitu model Charnes, Choper dan Rhodes (CCR) dan Model Banker, Charnes dan Choper (BCC). Model CCR digunakan dengan asumsi bahwa perubahan nilai output yang dihasilkan oleh UKE akan selalu sama dengan proporsi perubahan nilai inout tertentu. Hal ini sejalan dengan asumsi Constant Return to Scale yaitu fungsi produksi bersifat tetap. Model BCC mengasumsikan perubahan nilai output yang dihasilkan oleh UKE berbeda untuk setiap proporsi perubahan nilai input tertentu. Hal ini sejalan dengan variable return to scale yaitu setiap inut belum tentu menghasilkan output dalam proporsi yang sama.

Mardiasmo (2002) membagi efisiensi menjadi dua jenis yaitu efisiensi teknis dan efisiensi alokatif. Efisiensi teknis berkaitan dengan kemampuan organisasi dalam mendayagunakan sumber daya input pada tingkat output tertentu, sedangkan efisiensi alokatif berkaitan dengan kemampuan organisasi mendayagunakan sumber daya input pada tingkat

Gambar 3. Model Efisiensi



Gambar 4. Kerangka Penelitian



kapasitas optimal. Farrel dalam Haryadi (2011) menyatakan apabila kedua jenis efisiensi tersebut dikombinasikan akan menghasilkan ukuran efisiensi total dan efisiensi ekonomis.

Efisiensi yang dapat diukur dengan DEA adalah efisiensi teknis. Pengukuran efisiensi teknis dapat dilakukan dengan tiga jenis variable yakni variable input, intermediate output dan output. Efisiensi teknis dapat berupa efisiensi teknis biaya dan efisiensi teknis system. Efisiensi teknis biaya dapat digunakan untuk menggambarkan hubungan variable input dan

intermediate output sedangkan efisiensi teknis system menunjukkan hubungan antara intermediate output dengan output.

5. METODE PENELITIAN

Penelitian ini melakukan pengukuran efisiensi teknis biaya dan efisiensi teknis system dengan variable sebagai berikut:

1. Variable input belanja daerah bidang kesehatan dibagi dengan jumlah penduduk,
2. Variable intermediate output: rasio jumlah

dokter per 100.000 penduduk dan rasio jumlah tempat tidur tersedia di rumah sakit pemerintah per 100.000 penduduk.

3. Variable output: angka harapan hidup (AHH), angka kematian bayi (AKB) dan angka kematian ibu maternal (AKI). Angka2 output ini adalah indicator kesehatan yang ditetapkan oleh Badan Pusat Statistik (BPS).

Unit Keputusan Ekonomi (UKE) yang dianalisis dalam penelitian ini adalah seluruh kabupaten/kota di propinsi Banten. UKE dipilih dengan pertimbangan karakteristik antar UKE memiliki kesamaan secara relative dalam karakter daerahnya, pendekatan penganggaran yang dilakukan dan kondisi lingkungan kesehatan yang relative sama.

Model DEA yang digunakan dalam penelitian ini adalah model DEA-BCC dengan asumsi VRS dan orientasi *input*. Hal ini didasarkan pada pertimbangan bahwa proporsi perubahan *input* dalam penelitian ini tidak selalu menghasilkan perubahan *output* dalam proporsi yang sama dan fokus peningkatan efisiensi akan lebih ditujukan dalam meminimalisasi penggunaan *input* untuk menghasilkan sejumlah *output* tertentu.

6. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

6.1. Pemilihan UKE

Pemilihan UKE dalam penelitian ini didasarkan pada pertimbangan kabupaten/kota di Provinsi Banten tahun 2010-2012 merupakan unit instansi pemerintah yang memiliki karakteristik dan tupoksi yang relatif sama. Selain itu, UKE-UKE tersebut harus juga memiliki *input* serta menghasilkan *output* yang sama untuk dapat diperbandingkan.

Selain karakteristik jenis UKE, metode DEA juga mensyaratkan jumlah minimal UKE untuk dianalisis. UKE yang akan dianalisis, paling tidak, jumlahnya lebih besar dari jumlah variabel *input* dan variabel *output*-nya (Ramanathan, 2003). Penelitian ini menggunakan 8 (delapan) UKE. Dalam melakukan penghitungan efisiensi teknis biaya, terdapat 1 variabel *input* dan 2 variabel *output*. Sementara itu, dalam melakukan

penghitungan efisiensi teknis sistem, terdapat 2 variabel *input* dan 3 variabel *output*. Dengan demikian, penelitian ini telah memenuhi jumlah UKE yang jumlahnya lebih besar dari jumlah variabel *input* dan variabel *output*-nya.

6.2. Analisis Efisiensi Relatif

Dalam melakukan analisis efisiensi dengan metode DEA, program aplikasi yang digunakan sebagai alat bantu dalam penelitian ini, yaitu *Max DEA 6.4*. Perhitungan menggunakan program aplikasi ini akan menghasilkan nilai efisiensi teknis relatif antar UKE yang diperbandingkan. Program aplikasi ini akan menghasilkan UKE yang dianggap efisien dibandingkan dengan UKE lainnya apabila menghasilkan skor 1 dan dijadikan acuan (*benchmark*) bagi UKE lainnya untuk memperbaiki tingkat efisiensinya. Sementara itu, UKE lainnya yang mendapat skor kurang dari 1 (<1) dianggap belum efisien. Adapun nilai efisiensi teknis relatif yang akan dianalisis dalam penelitian ini adalah efisiensi teknis biaya dan efisiensi teknis sistem.

a. Efisiensi Teknis Biaya

Nilai efisiensi teknis biaya urusan kesehatan pada pemerintah daerah kabupaten/kota di Provinsi Banten diperoleh dengan menggunakan variabel *input* berupa belanja daerah urusan kesehatan perkapita dan variabel *output* yang merupakan variabel *output intermediate* berupa rasio jumlah dokter tersedia per 100.000 penduduk dan rasio jumlah tempat tidur tersedia di rumah sakit milik pemerintah per 100.000 penduduk. Variabel *output intermediate* tersebut.

Dalam melakukan penghitungan analisis efisiensi teknis biaya, penelitian ini menggunakan model DEA-BCC dengan asumsi VRS dan orientasi *input*. Hal ini didasarkan pada pertimbangan bahwa proporsi perubahan *input* dalam penelitian ini tidak selalu menghasilkan perubahan *output* dalam proporsi yang sama dan fokus peningkatan efisiensi akan lebih ditujukan dalam meminimalisasi penggunaan *input* untuk menghasilkan sejumlah *output* tertentu.

Tabel 6.
 Skor Efisiensi Teknis Biaya Urusan Kesehatan
 Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota di Provinsi Banten
 Tahun 2010-2012

No.	Kabupaten/Kota	Efisiensi			Rata-rata Efisiensi
		2010	2011	2012	
1	Kab Pandeglang	0,9059	0,4656	1,0000	0,7905
2	Kab Lebak	0,4841	0,8977	0,6777	0,6865
3	Kab Tangerang	0,3246	0,4182	0,3792	0,3740
4	Kab Serang	0,3382	0,6037	0,9823	0,6414
5	Kota Tangerang	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
6	Kota Cilegon	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
7	Kota Serang	1,0000	0,5038	1,0000	0,8346
8	Kota Tangerang Selatan	0,3780	0,7696	1,0000	0,7159
Rata-rata		0,678851	0,707326	0,8799	
Maksimum		1,0000	1,0000	1,0000	
Minimum		0,3246	0,4182	0,3792	
Standar Deviasi		0,323139	0,240726	0,231217	

Sumber: Hasil pengolahan *MaxDEA Basic 6.4*

Tabel 7.
 Skor Efisiensi Teknis Sistem Urusan Kesehatan
 Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota di Provinsi Banten
 Tahun 2010-2012

No.	Kabupaten/Kota	Efisiensi			Rata-rata Efisiensi
		2010	2011	2012	
1	Kab Pandeglang	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
2	Kab Lebak	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
3	Kab Tangerang	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
4	Kab Serang	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
5	Kota Tangerang	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
6	Kota Cilegon	1,0000	0,9996	1,0000	0,9999
7	Kota Serang	0,9831	0,9879	0,9880	0,9863
8	Kota Tangerang Selatan	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
Rata-rata		0,997887	0,998433	0,998497	
Maksimum		1,0000	1,0000	1,0000	
Minimum		0,9831	0,9879	0,9880	
Standar Deviasi		0,005978	0,004257	0,004251	

Sumber: Hasil pengolahan *MaxDEA Basic 6.4*

Tabel 8.
Skor Efisiensi Teknis Keseluruhan Urusan Kesehatan
Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota di Provinsi Banten
Tahun 2010-2012

No.	Kabupaten/Kota	2010			2011			2012		
		Ef. Biaya	Ef. Sistem	Ef. Total	Ef. Biaya	Ef. Sistem	Ef. Total	Ef. Biaya	Ef. Sistem	Ef. Total
1	Kab Pandeglang	0,91	1,00	0,91	0,47	1,00	0,47	1,00	1,00	1,00
2	Kab Lebak	0,48	1,00	0,48	0,90	1,00	0,90	0,68	1,00	0,68
3	Kab Tangerang	0,32	1,00	0,32	0,42	1,00	0,42	0,38	1,00	0,38
4	Kab Serang	0,34	1,00	0,34	0,60	1,00	0,60	0,98	1,00	0,98
5	Kota Tangerang	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
6	Kota Cilegon	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
7	Kota Serang	1,00	0,98	0,98	0,50	0,99	0,50	1,00	0,99	0,99
8	Kota Tangerang Selatan	0,38	1,00	0,38	0,77	1,00	0,77	1,00	1,00	1,00

Sumber: Hasil pengolahan *MaxDEA Basic 6.4*

Berdasarkan Tabel 6, penghitungan efisiensi teknis biaya urusan kesehatan pada pemerintah daerah kabupaten/kota di Provinsi Banten dengan menggunakan metode DEA menunjukkan bahwa pada setiap tahun kabupaten/kota yang mendapatkan skor 1 (efisien) berubah-ubah, namun selama periode penelitian, pencapaian skor efisiensi rata-rata di seluruh kabupaten/kota hanya terdapat 2 (dua) kabupaten/kota, yaitu Kota Tangerang dan Kota Cilegon, yang telah efisien dalam menggunakan belanja daerah urusan kesehatan secara konsisten sepanjang tahun 2010-2012.

b. Efisiensi Teknis Sistem

Nilai efisiensi teknis sistem urusan kesehatan pada pemerintah daerah kabupaten/kota di Provinsi Banten diperoleh dengan menggunakan variabel *input* yang merupakan variabel *output intermediate* berupa rasio jumlah dokter tersedia per 100.000 penduduk dan rasio jumlah tempat tidur tersedia di rumah sakit milik pemerintah per 100.000 penduduk dan variabel *output* berupa AHH, AKB yang diproksi dengan ABH, dan AKI yang diproksi dengan AIMS. Variabel *output intermediate* tersebut merupakan indikator fasilitas dan layanan kesehatan yang tersedia untuk dapat mencapai derajat kesehatan masyarakat yang baik. Indikator tersebut menggambarkan seberapa layak layanan

kesehatan yang disediakan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota di Provinsi Banten dalam mencapai derajat kesehatan masyarakat yang baik.

Berdasarkan Tabel 7, penghitungan efisiensi teknis sistem urusan kesehatan pada pemerintah daerah kabupaten/kota di Provinsi Banten dengan menggunakan metode DEA menunjukkan bahwa selama periode penelitian, pencapaian skor efisiensi rata-rata di seluruh kabupaten/kota, terdapat 6 (enam) kabupaten/kota, yaitu Kabupaten Pandeglang, kabupaten Lebak, Kabupaten Tangerang, Kabupaten Serang, Kota Tangerang dan Kota Tangerang Selatan, yang telah efisien dalam menggunakan layanan dan fasilitas kesehatan secara konsisten sepanjang tahun 2010-2012. Dengan melihat banyaknya kabupaten/kota yang memiliki skor efisiensi 1, maka dapat dikatakan bahwa pencapaian efisiensi teknis sistem memiliki kondisi yang lebih baik dibandingkan dengan pencapaian efisiensi teknis biaya. Begitu pula dengan tingkat inefisiensi, efisiensi teknis sistem memiliki tingkat inefisiensi yang tidak jauh dibawah skor efisiensi 1. Berbeda dengan efisiensi teknis biaya yang memiliki tingkat inefisiensi sampai dengan skor 0,374.

c. Efisiensi Teknis Keseluruhan

Efisiensi keseluruhan merupakan gambaran efisiensi teknis biaya dan efisiensi

teknis sistem yang dapat dicapai pada satu waktu tertentu. Suatu pemerintah daerah kabupaten/kota dapat dikatakan mencapai efisiensi sempurna apabila mampu mencapai efisiensi teknis biaya dan efisiensi teknis sistem pada suatu waktu tertentu. Berikut ini akan dijelaskan lebih lanjut efisiensi keseluruhan urusan kesehatan pada pemerintah daerah kabupaten/kota di Provinsi Banten tahun 2010-2012.

Berdasarkan Tabel 8, penghitungan efisien teknis keseluruhan urusan kesehatan pada pemerintah daerah kabupaten/kota di Provinsi Banten dengan menggunakan metode DEA menunjukkan bahwa selama periode penelitian, pencapaian skor efisiensi keseluruhan rata-rata di seluruh kabupaten/kota, terdapat 2 (dua) kabupaten/kota, yaitu Kota Tangerang dan Kota Cilegon, yang telah efisien sempurna dalam menggunakan belanja daerah urusan kesehatan secara konsisten sepanjang tahun 2010-2012. Sementara itu, Kabupaten Tangerang menjadi kabupaten/kota yang paling tidak efisien dalam menggunakan belanja daerah urusan kesehatan sepanjang tahun 2010-2012.

6.3. Analisis Kontribusi Variabel Penelitian

Analisis kontribusi dilakukan untuk melihat kontribusi masing-masing variabel dalam mencapai skor efisiensi masing-masing UKE. Dengan dilakukannya analisis kontribusi, masing-masing UKE dapat mengelola variabel-variabel yang ada seoptimal mungkin untuk berkontribusi dalam upaya pencapaian skor efisiensinya. Dengan

a. Efisiensi Teknis Biaya

Berdasarkan analisis kontribusi atas efisiensi teknis biaya urusan kesehatan pada pemerintah daerah kabupaten/kota di Provinsi Banten dengan menggunakan metode DEA menunjukkan bahwa:

- 1) Belanja daerah urusan kesehatan merupakan satu-satunya variabel input dalam melakukan penghitungan efisiensi teknis biaya sehingga belanja daerah urusan kesehatan memiliki kontribusi penuh terhadap pencapaian skor efisiensi masing-masing kabupaten/kota. Sementara itu, variabel *output*

intermediate, berupa rasio jumlah dokter dan rasio jumlah tempat tidur tersedia, masing-masing memiliki kontribusi terhadap pencapaian skor efisiensi masing-masing kabupaten/kota.

- 2) Pada tahun 2010, rasio jumlah dokter berkontribusi pada 5 (lima) kabupaten/kota dan rasio jumlah tempat tidur berkontribusi pada 7 (tujuh) kabupaten/kota. Apabila melihat angka kontribusi, dengan asumsi indikator yang memiliki angka kontribusi di atas 0,5 dianggap sebagai indikator dominan, maka rasio jumlah dokter berkontribusi dominan pada 4 (empat) kabupaten/kota dan rasio jumlah tempat tidur berkontribusi dominan di 4 (empat) kabupaten/kota.
 - 3) Pada tahun 2011 dan 2012, rasio jumlah dokter berkontribusi pada 5 (lima) sampai 7 kabupaten/kota
- b. Efisiensi Teknis Sistem

Analisis kontribusi atas efisiensi teknis sistem urusan kesehatan pada pemerintah daerah kabupaten/kota di Provinsi Banten dengan menggunakan metode DEA menunjukkan bahwa:

- 1) Rasio jumlah dokter dan rasio jumlah tempat tidur tersedia merupakan variabel *output intermediate* dalam melakukan penghitungan efisiensi teknis biaya. Sementara itu, variabel *output* berupa rasio jumlah dokter dan rasio jumlah tempat tidur tersedia. Masing-masing memiliki kontribusi terhadap pencapaian skor efisiensi masing-masing kabupaten/kota.
- 2) Rasio jumlah dokter dan angka harapan hidup secara rata-rata memiliki kontribusi yang signifikan dalam pencapaian efisiensi teknis system di propinsi Banten.

6.4. Target Perbaikan Variabel *Input* dan Variabel *Output* untuk Mencapai Kondisi Efisien

Selain mampu menghasilkan skor efisiensi masing-masing UKE, penghitungan efisiensi dengan menggunakan metode DEA juga mampu memberikan kemudahan dalam membuat target perbaikan yang diperlukan terhadap variabel

input dan variabel *output*. Target perbaikan ini akan digunakan oleh UKE-UKE yang belum efisien dengan meminimalkan *input* yang terlalu tinggi ataupun memaksimalkan *output* yang terlalu rendah. Dengan adanya target perbaikan ini, UKE-UKE yang belum efisien diharapkan mampu memperbaiki skor efisiensinya.

Analisis atas target perbaikan variabel *input* dan variabel *output* efisiensi teknis biaya dan efisiensi teknis sistem urusan kesehatan pada pemerintah daerah kabupaten/kota di Provinsi Banten dengan menggunakan metode DEA menunjukkan bahwa:

a. Efisiensi Teknis Biaya.

Secara umum, semua kabupaten/kota yang belum efisien menunjukkan bahwa indikator yang memerlukan peningkatan signifikan adalah rasio jumlah dokter. Semakin tinggi angka rasio jumlah penduduk/dokter berarti memerlukan semakin banyaknya jumlah dokter yang harus tersedia dalam memberikan layanan kesehatan. Hal ini dikarenakan dengan jumlah belanja daerah urusan kesehatan yang tersedia, masing-masing kabupaten/kota sebenarnya mampu dalam menyediakan jumlah dokter lebih banyak dari nilai aktual rasio jumlah dokter.

b. Efisiensi Teknis Sistem

Berdasarkan hasil dari pengukuran efisiensi dengan menggunakan metode DEA, Kabupaten Tangerang menjadi kabupaten/kota yang paling tidak efisien secara teknis biaya diantara kabupaten/kota lainnya sepanjang tahun 2010 sampai dengan tahun 2012. Dengan skor efisiensi teknis biaya sebesar 0,3249, maka Kabupaten Tangerang harus mengurangi belanja daerah urusan kesehatan sebesar 67,5% dari nilai aktual sebesar Rp62.083,21 untuk mencapai target sebesar Rp20.150,21. Sementara itu, Kabupaten Tangerang dapat meningkatkan rasio jumlah dokter tersedia sebesar 110,5% dari nilai aktual sebesar 33,77 untuk mencapai target 71,10 dan rasio jumlah tempat tidur tersedia sebesar 296,4% dari nilai aktual sebesar 5,58 untuk mencapai target 22,12. Lebih lanjut mengenai perbaikan yang dapat dilakukan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Tangerang dalam meningkatkan efisiensi belanja

daerah urusan kesehatan akan dibahas sebagai berikut.

Sejalan dengan hasil dari pengukuran efisiensi tersebut, Kabupaten Tangerang beberapa kali mendapatkan sorotan dan muncul dalam pemberitaan mengenai media nasional maupun media lokal setempat mengenai berbagai permasalahan, khususnya di bidang kesehatan. Berdasarkan situs berita *online* (*metro.tempo.co*, 2013), Kabupaten Tangerang, yang memiliki 43 puskesmas yang tersebar di 29 kecamatan serta 2 (dua) rumah sakit daerah, dianggap belum memiliki sarana dan prasarana kesehatan yang memadai untuk melayani 3,8 juta penduduknya. Selain sarana dan prasarana yang kurang, Kabupaten Tangerang juga belum memiliki jumlah dokter ideal yang seharusnya bertugas di setiap puskesmas tersebut. Sejauh ini, tiap-tiap puskesmas hanya memiliki rata-rata 3 (tiga) orang dokter dari jumlah minimal paling tidak 5 (lima) orang dokter yang bertugas. Tidak hanya dokter, jumlah perawat dan bidan pun belum mencukupi. Apabila pemerintah daerah setempat tidak segera merespon berbagai permasalahan ini, kondisi ini dikhawatirkan akan memperburuk penanganan berbagai penyakit, terutama yang bersifat endemik, yang diderita masyarakat. Selain itu, pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang optimal sulit untuk ditingkatkan.

Dalam melakukan perbaikan atas efisiensi teknis biaya urusan kesehatan, belanja daerah urusan kesehatan menjadi salah satu faktor penting dalam peningkatan penyediaan fasilitas dan layanan kesehatan. Pada kabupaten/kota, belanja daerah urusan kesehatan bersumber pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Nasional (APBN), Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Provinsi dan APBD Kabupaten/Kota serta sumber lain yang terkait dalam peningkatan penyediaan fasilitas dan layanan kesehatan

Jumlah total APBD urusan kesehatan Kabupaten Tangerang tahun 2010 tersebut berkisar 9,17% dari seluruh nilai APBD Kabupaten Tangerang tahun 2010. Jumlah ini masih dibawah amanat UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan untuk mengalokasikan besar anggaran kesehatan pemerintah daerah provinsi, kabupaten/kota minimal 10% (sepuluh persen) dari anggaran pendapatan dan belanja daerah di luar gaji.

Peningkatan belanja daerah urusan kesehatan tersebut diprioritaskan untuk melaksanakan pembangunan daerah urusan kesehatan yang diarahkan pada program pengadaan obat dan perbekalan kesehatan, upaya kesehatan masyarakat, layanan kesehatan penduduk miskin, pengadaan, peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana puskesmas, pustu, dan jaringannya, penambahan sarana dan prasarana RSUD, kemitraan peningkatan layanan kesehatan, pengawasan obat makanan, perbaikan gizi masyarakat, serta pencegahan dan penanggulangan penyakit menular. Adapun sasaran dari prioritas program tersebut, yaitu meningkatkan ketersediaan obat dan perbekalan di puskesmas, meningkatkan cakupan layanan kesehatan dasar pasien masyarakat miskin, meningkatkan cakupan layanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin serta pemerataan rasio puskesmas, puskesmas pembantu dan jaringannya.

Dari segi fasilitas kesehatan, pemerintah daerah harus dapat memastikan ketersediaan fasilitas kesehatan yang memadai, baik secara kuantitas maupun kualitasnya serta kelengkapan

kesehatan yang dibutuhkan. Selain itu, fasilitas kesehatan tersebut juga harus mudah diakses oleh masyarakat yang akan berobat. Gambaran ketersediaan fasilitas kesehatan di Kabupaten Tangerang tahun 2010 dapat dilihat pada Tabel 10.

Belanja daerah urusan kesehatan Kabupaten Tangerang tahun 2010, yang masih mungkin untuk ditingkatkan, dapat dialokasikan untuk menambah jumlah fasilitas dan layanan kesehatan yang memadai. Hal ini sesuai dengan hasil dari target perbaikan Kabupaten Tangerang tahun 2010 yang menunjukkan rasio jumlah tempat tidur tersedia dari nilai aktual sebesar 5,58 harus ditingkatkan sebesar 296,4% menjadi 22,12 untuk mencapai efisiensi teknis biaya. Apabila jumlah tempat tidur tersedia adalah sebanyak 146 buah, maka Kabupaten Tangerang dapat melakukan penambahan sebesar 164 buah sesuai target perbaikan.

Rasio jumlah tempat tidur digunakan sebagai indikator dalam penelitian ini untuk mewakili kemampuan daya tampung fasilitas kesehatan milik pemerintah dalam melayani

Tabel 10. Fasilitas Kesehatan di Kabupaten Tangerang Tahun 2010

No.	Jenis Sarana Kesehatan	Jumlah
1	Puskesmas	42
2	Puskesmas Pembantu	39
3	Puskesmas Keliling	42
4	Rumah Sakit Pemerintah	1
5	Rumah Sakit Swasta	12
6	Rumah Bersalin Swasta	38
7	Balai Pengobatan Swasta	437
8	Praktek Dokter Spesialis Swasta	425
9	Praktek Dokter Umum Swasta	1.279
10	Praktek Bidan Swasta	714
11	Praktek Dokter Gigi Swasta	301
12	Laboratorium Klinik Swasta	21
13	Apotek	173
14	Instalasi Farmasi Kabupaten	1
15	Posyandu	2.218
16	Pedagang Eceran Obat (Toko Obat Berijin)	57

Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten Tangerang 2010

masyarakat. Semakin banyak/besar fasilitas kesehatan, maka akan semakin banyak daya tampung fasilitas kesehatan tersebut.

Selain jumlah, lokasi fasilitas kesehatan juga mempertimbangkan banyaknya jumlah penduduk. Hal ini agar setiap penduduk dapat mendapatkan layanan kesehatan yang sama dan masalah kesehatan mereka dapat tertangani dengan optimal. Untuk itu, pembangunan rumah sakit dan puskesmas baru perlu segera dilakukan untuk mempermudah masyarakat di pelosok manapun dalam memperoleh pengobatan. Tahun 2014 lalu, Pemerintah Daerah Kabupaten Tangerang telah melakukan pembangunan tahap pertama rumah sakit pratama khusus kelas III di wilayah utara Kabupaten Tangerang yang baru bisa menampung sebanyak 50 buah tempat tidur. Selain itu, Pemerintah Daerah Kabupaten Tangerang juga akan membangun beberapa puskesmas baru di daerah Pasar Kemis, Cikupa dan Cikuya. Alternatif lainnya yang dapat dilakukan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Tangerang, yaitu penambahan kapasitas gedung dan ruang rawat inap di seluruh puskesmas pada fasilitas kesehatan yang telah ada agar dapat menampung lebih banyak lagi masyarakat yang membutuhkan perawatan. Sementara itu, untuk jangka pendek, Pemerintah Daerah Kabupaten Tangerang juga dapat mempertimbangkan untuk menambah jumlah puskesmas pembantu (pustu) dalam menjangkau lebih banyak masyarakat yang jauh dari fasilitas kesehatan terdekat. Walaupun jenis dan kompetensi layanan pada pustu masih cukup minim, namun pustu diharapkan dapat menunjang dan membantu memperluas jangkauan puskesmas. Sampai dengan saat ini, tercatat dari 43 puskesmas yang ada di Kabupaten Tangerang, 11 puskesmas diantaranya telah bersertifikat ISO, 7 puskesmas yang memiliki ruang rawat inap, 6 puskesmas yang baru mampu melayani persalinan dan 30 puskesmas tanpa ruang rawat inap. Kedepannya, puskesmas-puskesmas ini akan terus mengalami perbaikan, baik fisik maupun non fisik, untuk dapat memberikan layanan kesehatan terbaik.

Gambaran tenaga kesehatan di Kabupaten Tangerang tahun 2010 dapat dilihat pada Tabel 11. Berdasarkan target perbaikan Kabupaten Tangerang tahun 2010, rasio jumlah dokter juga perlu ditingkatkan sebesar 110,5% dari nilai aktual sebesar 33,77 menjadi 71,10 untuk

mencapai efisiensi teknis biaya. Apabila jumlah dokter pada fasilitas kesehatan pemerintah adalah sebanyak 883 orang, maka Kabupaten Tangerang dapat melakukan penambahan formasi sebesar 976 orang sesuai target perbaikan.

Tabel 11. Tenaga Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Milik Pemerintah di Kabupaten Tangerang Tahun 2010

No.	Tenaga Kesehatan	Jumlah
1	Dokter Umum	173
2	Dokter Gigi	73
3	Dokter Spesialis	66
4	Bidan dan Perawat	1.202
5	Farmasi	43
6	Gizi	42
7	Sanitasi	23
8	Kesehatan Masyarakat	32
9	Teknisi Medis	14
Jumlah		1.668

Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten Tangerang 2010

Rasio jumlah dokter digunakan sebagai indikator dalam penelitian ini untuk mewakili kualitas layanan kesehatan yang disediakan oleh pemerintah dalam melayani masyarakat. Semakin banyak jumlah tenaga kesehatan, maka akan semakin baik kualitas layanan kesehatan tersebut. Jumlah dokter yang bertugas di puskesmas-puskesmas di Kabupaten Tangerang saat ini rata-rata hanya berjumlah 2–3 orang, sementara, paling tidak, harus ada 5 (lima) orang dokter yang bertugas pada suatu puskesmas. Dari jumlah tenaga kesehatan yang ada saat ini, Pemerintah Daerah Kabupaten Tangerang masih kekurangan banyak sekali tenaga kesehatan. Salah satu cara yang telah dilakukan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Tangerang untuk menambah jumlah tenaga kesehatan ini adalah dengan menambah jumlah formasi dalam penerimaan Calon Pegawai Negeri Sipil (CPNS) tenaga kesehatan. Namun sayangnya, dalam beberapa tahun terakhir, pendaftar yang mengajukan diri sebagai tenaga kesehatan amatlah sedikit. Belum diketahui secara pasti apa yang menyebabkan minimnya minat menjadi

tenaga kesehatan di Pemerintah Daerah Kabupaten Tangerang, namun pada tahun 2014 lalu, Pemerintah Daerah Kabupaten Tangerang tengah mengkaji rencana menaikkan insentif para pegawai di bidang kesehatan dengan melihat kemampuan APBD untuk menarik minat menjadi tenaga kesehatan.

Selain dengan menambah jumlah tenaga medis melalui penerimaan CPNS, Pemerintah Daerah Kabupaten Tangerang bisa mengupayakan cara lain, seperti mengadakan pendaftaran dokter pegawai tidak tetap (dokter PTT). Dokter PTT dapat diadakan oleh pemerintah pusat maupun pemerintah daerah. Perekrutan dokter PTT pusat dilakukan dan digaji oleh pemerintah pusat dan sistem penyaluran dokter PTT tersebut sepenuhnya menjadi kewenangan pemerintah pusat dengan memperhatikan prioritas kebutuhan dokter di daerah. Apabila pemerintah daerah memiliki kelonggaran anggaran untuk menggaji dokter PTT, maka ada baiknya pemerintah daerah mengadakan pendaftaran ini sendiri. Hal ini dikarenakan pemerintah daerah akan lebih leluasa dalam menentukan jumlah dan kriteria pendaftaran sesuai dengan kebutuhan. Beberapa pemerintah daerah yang telah mengadakan pendaftaran dokter PTT sendiri, yaitu Pemerintah Provinsi Kepulauan Riau dan Pemerintah Kabupaten Halmahera Selatan. Adapun Kabupaten Tangerang sebagai daerah penyangga yang masih relatif dekat dengan ibukota negara, dianggap memiliki daya tarik tersendiri dalam menarik minat dokter PTT. Oleh karena itu, cara ini dapat menjadi alternatif lain dalam menambah jumlah tenaga kesehatan, terutama dokter.

Apabila dari segi jumlah tenaga kesehatan belum mencukupi, Pemerintah Daerah Kabupaten Tangerang dapat mengoptimalkan tenaga kesehatan yang ada dengan penambahan kompetensi, terutama kompetensi kebidanan. Hal ini dikarenakan banyaknya kasus kematian bayi dan ibu melahirkan di daerah terpencil karena kurangnya dibantu tenaga kesehatan. Oleh karena itu, kompetensi kebidanan menjadi prioritas kompetensi yang harus dimiliki tenaga kesehatan di Kabupaten Tangerang.

Upaya layanan kesehatan kepada masyarakat bukan hanya dapat diselenggarakan oleh pemerintah daerah. Pemerintah daerah dapat mendorong peran serta pihak swasta dan seluruh lapisan masyarakat dalam berkontribusi dalam

menyediakan layanan kesehatan yang berkualitas dan dapat dijangkau oleh masyarakat. Tabel 12 dan 13 di bawah ini menggambarkan sumber daya kesehatan milik swasta yang dapat diberdayakan oleh pemerintah daerah untuk layanan kesehatan masyarakat.

Tabel 12. Sarana Pelayanan Kesehatan Berijin di Kabupaten Tangerang Tahun 2010

No.	Jenis Sarana Kesehatan	Jumlah
1	RSIA	7
2	Rumah Sakit	6
3	Balai Pengobatan	437
4	Rumah Bersalin	38
5	Laboratorium	28
6	Apotek	173
7	Toko Obat	57
8	Pest Control	6
Jumlah		752

Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten Tangerang 2010

Tabel 13. Tenaga Kesehatan Berijin di Kabupaten Tangerang Tahun 2010

No.	Tenaga Kesehatan	Jumlah
1	Dokter Umum	1.279
2	Dokter Gigi	301
3	Dokter Spesialis	425
4	Bidan	714
5	Pengobat Tradisional	41
6	Perawat	654
7	Radigrafter	14
8	Asisten Apoteker	127
9	Fisioterapi	11
Jumlah		3.566

Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten Tangerang 2010

Dengan adanya kerja sama dengan pihak swasta dan masyarakat, masyarakat dapat mendapatkan layanan kesehatan lebih mudah dan lebih terjangkau. Pemerintah Daerah Kabupaten Tangerang pun semakin memberikan kemudahan bagi masyarakat dengan adanya layanan

kesehatan gratis melalui Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) bagi masyarakat kurang mampu/miskin yang menjadi peserta. Layanan gratis ini telah semakin meluas dalam menjangkau masyarakat ke seluruh wilayah Kabupaten Tangerang. Hal ini tidak lepas dari komitmen Pemerintah Daerah Kabupaten Tangerang dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat serta peran serta pihak swasta dan seluruh lapisan masyarakat dalam mensukseskan program layanan kesehatan gratis tersebut.

Dalam mengoptimalkan layanan kesehatan gratis tersebut, Pemerintah Daerah Kabupaten Tangerang menggabungkan antara Jamkesmas dan Jamkesda, yaitu dengan mengalokasikan anggaran kesehatan dari APBN dan APBD Kabupaten Tangerang. Contohnya pada tahun 2012 lalu, anggaran Jamkesmas (APBN) di Kabupaten Tangerang sebesar **Rp 33,68 miliar** untuk menjamin kesehatan sebanyak 547.382 peserta. Sampai dengan bulan Juli 2013, anggaran tersebut telah **teralokasi sebesar Rp7,27 miliar**, yang mana sebesar Rp2,10 miliar telah digunakan untuk menjamin kesehatan pasien rawat inap dan rawat jalan sebanyak 354.330 orang, termasuk 4.300 persalinan. Sementara itu, anggaran Jamkesda (APBD) tahun 2012 sebesar Rp8,61 miliar untuk menjamin kesehatan sebanyak 4.140 peserta. Sampai dengan bulan Juli 2013, anggaran tersebut telah **teralokasi sebesar Rp16 miliar, dan yang termanfaatkan sebesar Rp 2,30 miliar untuk 1.506 peserta.**

Beberapa hal yang telah diuraikan di atas, baik yang telah dilaksanakan maupun yang belum dilaksanakan, dapat menjadi pertimbangan bagi Kabupaten Tangerang dan kabupaten/kota lainnya yang belum efisien dalam memperbaiki tingkat efisiensi belanja daerah urusan kesehatan. Lebih lanjut, dengan komitmen dari pemerintah daerah dan dengan upaya perbaikan yang tepat, maka efisiensi belanja daerah akan terwujud dan derajat kesehatan masyarakat yang optimal akan tercapai.

7. SIMPULAN

Berdasarkan hasil analisis efisiensi belanja daerah urusan kesehatan dengan menggunakan metode DEA pada pemerintah kabupaten/kota di

Provinsi Banten sepanjang tahun 2010-2012, maka simpulan yang diperoleh adalah sebagai berikut:

1. Dalam kurun 2010 sampai dengan 2012 Kota Tangerang dan Cilegon dikategorikan kabupaten/kota yang paling efisien secara relative, sedangkan kabupaten Tangerang menjadi kabupaten yang paling tidak efisien dibandingkan dengan kabupaten/kota lain di wilayah Propinsi Banten.
2. Variabel yang paling berkontribusi (di atas 0,5) dalam pencapaian tingkat efisiensi adalah belanja daerah urusan kesehatan, rasio jumlah dokter, dan Angka Harapan Hidup.
3. Kabupaten/kota yang belum efisien secara teknis biaya urusan kesehatan menggambarkan bahwa kabupaten/kota tersebut belum mampu dalam mengalokasikan sejumlah *input* berupa belanja daerah urusan kesehatan secara optimal. Penambahan jumlah belanja daerah urusan kesehatan belum mampu menghasilkan jumlah *output* berupa layanan dan fasilitas kesehatan yang memadai dalam jumlah yang lebih besar. Hal ini mengindikasikan adanya pemborosan dalam menggunakan belanja daerah urusan kesehatan yang tidak diikuti adanya penambahan kualitas layanan dan jumlah fasilitas kesehatan yang lebih memadai untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal.
4. Kabupaten/kota yang belum efisien secara teknis sistem urusan kesehatan menggambarkan bahwa kabupaten/kota tersebut belum mampu dalam memberdayakan sejumlah *input* berupa layanan dan fasilitas kesehatan dalam mencapai sejumlah *output* berupa derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Penambahan/perbaikan layanan dan fasilitas kesehatan yang disediakan belum mampu mencapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Hal ini mengindikasikan adanya ketidakefisienan dalam menggunakan layanan dan fasilitas kesehatan yang telah tersedia.

REFERENSI

Badan Pusat Statistik Provinsi Banten. 2010. Banten dalam Angka 2010. Banten.

- Badan Pusat Statistik Provinsi Banten. 2011. Banten dalam Angka 2011. Banten.
- Badan Pusat Statistik Provinsi Banten. 2011. Banten dalam Angka 2012. Banten.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Tangerang. 2011. Profil Kesehatan Kabupaten Tangerang 2010.
- Hakimudin, Dimas Rizal. 2010. Analisis Efisiensi Belanja Kesehatan Pemerintah Daerah di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007. Semarang.
- Haryadi, Arinto. 2011. Analisis Efisiensi Teknis Bidang Pendidikan (Penerapan Data Envelopment Analysis). Jakarta
- Jafarov, Etibar, & Gunnarson, Victoria. 2008. Efficiency of Government Spending in Croatia.
- Kementerian Kesehatan RI. 2011. Profil Kesehatan Republik Indonesia 2010. Jakarta
- Kementerian Kesehatan RI. 2012. Profil Kesehatan Republik Indonesia 2011. Jakarta
- Kementerian Kesehatan RI. 2013. Profil Kesehatan Republik Indonesia 2012. Jakarta
- Mahmudi. 2010. Manajemen Keuangan Daerah. Erlangga: Jakarta
- Mangkoesebroto, Guritno. 2001. Ekonomi Publik. BPFE- Yogyakarta: Yogyakarta
- Mardiasmo. 2002. Akuntansi Sektor Publik, Andi: Yogyakarta.
- Ramanathan R. 2003. An Introduction to Data Envelopment Analysis: A Tool for Performance Measurement. Sage Publication India Pvt Ltd: New Delhi.
- Steering Committee for The Review of Commonwealth/State Service Provision. 1997. Data Envelopment Analysis: A technique for measuring the efficiency of government service delivery, AGPS. Canberra.
- Sugiyono, 2014. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D. Alfabeta: Bandung

